

Índice de calidad de vida percibida en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales en Buenos Aires, Argentina

Milagros Celleri; Florencia Koutsovitis; Camila Cremades; Cristian J. Garay

Cómo citar este artículo:

Celleri, M., Koutsovitis, F., Cremades, C., & Garay, C. J. (2023). Índice de calidad de vida percibida en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales en Buenos Aires, Argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 26(1), 45-55. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2023.26.1.4>

Recibido, diciembre 10/2020; Concepto de evaluación, abril 22/2022; Aceptado, agosto 5/2022

Milagros Celleri

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0102-339X>

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Florencia Koutsovitis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0104-1723>

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Camila Cremades

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1051-6073>

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Cristian J. Garay¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4082-8876>

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGF) son enfermedades crónicas que configuran un problema relevante en la salud pública, asociados en investigaciones previas a una peor calidad de vida. El objetivo del presente trabajo fue estudiar la calidad de vida en pacientes que acuden a un servicio de neurogastroenterología en un hospital de Argentina y compararlo con población control. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo y transversal incluyendo población clínica diagnosticada con algún TGF ($n = 35$) y una muestra control sin diagnóstico de TGF ($n = 37$). Se encontraron diferencias significativas entre personas con TGF y sujetos control, $\chi^2(1, N = 70) = 30.23, p < .001$ en todas las subdimensiones de la escala de calidad de vida (MQLI), exceptuando satisfacción espiritual (PE). Similar a investigaciones previas, los resultados de este estudio sugieren que, en Argentina —al igual que en otros países—, los individuos con TGF muestran una peor percepción de calidad de vida que la población general. Estos hallazgos podrían contribuir al diseño de intervenciones que contemplen variables biopsicosociales, con el objetivo de una mejoría integral en la calidad de vida de las personas que padecen estos trastornos.

Palabras clave: trastornos gastrointestinales funcionales; calidad de vida percibida; factores psicológicos; síndrome de intestino irritable; Argentina.

¹ Autor de correspondencia. Pacheco de Melo 2546 2do C, CABA, Argentina. Teléfono: +54 9 11 5964-7264. Correo electrónico: cristiangaray@psi.uba.ar

Agradecimientos a Diego Jatuff, por su generosidad al brindarnos el instrumento para la realización del presente trabajo.

Perceived Quality of Life Index in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders at a Public Hospital in Buenos Aires, Argentina

Abstract

Functional Gastrointestinal Disorders (FGDS) are chronic diseases that constitute a relevant public health problem, associated in previous research with a poorer quality of life. The aim of this study was to study the quality of life in patients attending a Neurogastroenterology Service at an Argentinean public hospital and compare it with a control population. A quantitative and cross-sectional study was carried out including a clinical population diagnosed with some FGD ($n = 35$) and a control sample without diagnosis of FGD ($n = 37$). Significant differences were found between people with FGD and control subjects, $\chi^2 (1, N = 70) = 30.23, p < .001$ in all sub-dimensions of the Quality of Life Index (MQLI), except Spiritual Fulfillment (SF). Similar to previous research, the results of this study suggest that individuals with FGD show a worse perception of quality of life than the general population. These findings could contribute to the design of interventions that contemplate biopsychosocial variables, with the aim of a comprehensive improvement in the quality of life of people with these disorders.

Keywords: functional gastrointestinal disorders; perceived quality of life; psychological factors; irritable bowel syndrome; Argentina.

Introducción

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGF) son enfermedades crónicas que configuran un problema relevante en la salud pública por diversos motivos. Por un lado, los costos económicos que generan en el sistema de salud son considerables, y por otro, la complejidad en la comprensión de estos cuadros, así como el nivel de discapacidad que producen en la población afectada (Black et al., 2020; Hungin et al., 2003; Lackner, 2014; Mahadeva & Goh, 2006). Dentro de las afecciones gastrointestinales, los TGF son los más prevalentes de los trastornos gastrointestinales en general, y a su vez, dentro de estos cuadros, los de mayor prevalencia son el síndrome de intestino irritable (SII) y la dispepsia funcional (DF) (Drossman et al., 1999; Sperber et al., 2021). De acuerdo con un reciente estudio mundial, más del 40% de la población padece un TGF, siendo la predominancia en Argentina del 43.9% (Sperber et al., 2021). Los síntomas característicos relacionados con estos trastornos incluyen dolor abdominal, acidez, náuseas, constipación y diarrea (Haug et al., 2002; Mukhtar et al., 2019).

Actualmente, aunque no se conoce con claridad un mecanismo fisiopatológico que explique la etiología de estos cuadros, se conocen distintos factores que influyen en su desarrollo y mantenimiento, y, a diferencia de explicaciones etiológicas previas, ha ido en aumento la evidencia científica respecto de la cercana relación entre el sistema nervioso central y las funciones gastrointestinales (Karakan et al., 2021; Tobón et al., 2003), considerándose hoy en día

recíproca la interacción entre lo fisiológico y lo psicosocial en el cuadro: el denominado eje cerebro-intestino (Drossman et al., 1999; Koloski et al., 2020).

Los factores psicológicos ocupan un lugar relevante dentro de las diversas causas influyentes en el desarrollo y mantenimiento de estos cuadros. Entre ellos, se identificaron los trastornos de ansiedad, depresión, neuroticismo y una elevada somatización (Whitehead et al., 2002). Estos síntomas no solo son más prevalentes en individuos con trastornos funcionales, en comparación con población control, sino también en comparación con individuos con cuadros gastrointestinales orgánicos. Mientras que el 34% de pacientes diagnosticados con dispepsia funcional presentaron un diagnóstico psiquiátrico, solo el 15% con úlcera del duodeno lo presentaba (Haug et al., 1994). La comorbilidad entre los TGF y los trastornos emocionales es elevada según se ha podido estudiar. En un estudio descriptivo, transversal y comparativo de 100 pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable se halló que la presencia de ansiedad fue del 58% y de depresión del 62% (Cruz et al., 2007).

El carácter crónico de los TGF requiere un abordaje interdisciplinario, pues al no disponer de un tratamiento que logre la remisión total, se encuentra destinado al manejo sintomático y cambios en el estilo de vida desde diversos ejes: nutricional, médico, y en casos necesarios, psicológico (Jia et al., 2017; Martin et al., 2001; Villalobos Jiménez et al., 2020). Al igual que en otras enfermedades crónicas que afectan diversos aspectos de la vida de las personas,

las medidas clásicas de morbilidad y mortalidad asociadas a los indicadores en salud no parecen ser suficientes a la hora de evaluar su impacto.

La calidad de vida se puede entender como la percepción que tiene un individuo acerca del impacto de determinada enfermedad, y también el tratamiento de esta en su propio bienestar (Schwartzmann, 2003). Otros autores la definen como la “percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (Schumaker & Naughton, 1996, citado en Schwartzmann, 2003, p. 13). La Organización Mundial de la Salud, por su parte, define la calidad de vida como “la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y los valores en que viven en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses” (Jatuff et al., 2015, p. 254). Lo que estas definiciones comparten en común, es el poder entender a la calidad de vida como la percepción subjetiva que tiene la persona sobre su estado de bienestar (tanto físico como psíquico), en consonancia con su contexto y sus valores (Schwartzmann, 2003).

Diversos investigadores han estudiado la relación entre la calidad de vida, los factores psicológicos y los TGF (Cañón et al., 2017; González, 2021; Jang et al., 2016; Marrie et al., 2019; Mönnikes, 2011), encontrándose cierta asociación entre el deterioro de la calidad de vida y la presencia de estos trastornos, aunque esta evidencia parece no ser completamente consistente a lo largo de los distintos estudios. Ruiz-López y Coss-Adame (2015) han estudiado 101 pacientes con TGF, hallando una peor calidad de vida en pacientes con SII subtipo constipación, en comparación con pacientes con estreñimiento funcional y estreñimiento no clasificable (3.386, $p = .0221$). Cañón et al. (2017) analizaron una muestra de 1.082 colombianos adultos quienes respondieron una encuesta electrónica y observaron que el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud fue significativamente mayor en individuos con SII sin subtipo específico (77.8; $p = .003$), al comparar con quienes presentan los subtipos de constipación, diarrea y mixto. En una muestra de 60 pacientes diagnosticados con dispepsia funcional, el 95 % puntuó estar satisfecho con su salud y no reportó un marcado deterioro en su calidad de vida (Cano et al., 2006). Estudios previos han hallado una asociación entre peores niveles de calidad de vida y la presencia de SII;

Sánchez-Cuén et al. (2017) han llevado adelante un estudio descriptivo y prospectivo con 154 pacientes diagnosticados con SII, en el que observaron una peor calidad de vida en comparación con la población general en estos pacientes, principalmente en las subescalas “problemas físicos”, “dolor corporal”, “salud general”, “vitalidad”, “salud mental” y “funcionamiento social” (0.000, t de Student), y un estudio realizado por Gralnek et al. (2000) ha hallado mayores niveles de discapacidad y menor calidad de vida percibida, especialmente asociado a limitaciones en roles, actividades y pérdida de la energía o fatiga.

En la misma línea, Fernández et al. (2005) han encontrado un deterioro en la calidad de vida de pacientes diagnosticados con SII, aunque no fue grave, como sí se ha podido observar en patologías orgánicas. Recientemente, Weaver et al. (2018) estudiaron 35 pacientes diagnosticados con SII, en quienes hallaron niveles superiores de estrés percibido y menor calidad de vida percibida que en el grupo control. Al momento, no se han encontrado estudios que evalúen el impacto en la calidad de vida de individuos con algún TGF en Argentina, por lo que este estudio sería una primera aproximación en el ámbito local que permitiría dar cuenta de la magnitud de tal impacto y mejorar el diseño o aplicación de intervenciones para que contemplen la conceptualización actual de estos trastornos desde un abordaje biopsicosocial que apunte a reestablecer el bienestar global de estos pacientes, y no solamente la sintomatología específica de los trastornos gastrointestinales funcionales.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue evaluar los niveles de calidad de vida percibidos por una muestra clínica compuesta por pacientes que acuden a un servicio público de neurogastroenterología, diagnosticados con algún TGF en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y compararlo con población general sin TGF.

Método

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo y transversal, con una muestra clínica y un grupo control (Montero & León, 2007).

Participantes

La muestra es de carácter intencional, no probabilística y fue conformada por 35 pacientes diagnosticados con un

TGF, que acudieron al área de neurogastroenterología del Hospital de Clínicas “Jose de San Martín” de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, durante el periodo de marzo a diciembre del 2019, y 37 individuos que conformaron el grupo control como población general, sin diagnóstico de TGF ni sospechas de tenerlo. Los criterios de inclusión para los participantes del grupo con TGF fueron los siguientes: (a) estar diagnosticado con algún TGF, (b) ser mayor de 18 años, y (c) aceptar participar en el estudio. Para el grupo control de población general, los criterios de inclusión fueron: (a) no presentar un diagnóstico de TGF ni sospechar tenerlo, (b) ser mayor de 18 años, y (c) aceptar participar en el estudio.

Participaron 35 pacientes del Hospital de Clínicas con diagnósticos de TGF: 77.1 % mujeres, con una edad promedio de 48.23 ($DE = 14.49$), el 5.7% con primaria incompleta, el 20% con primaria completa, el 48.6% con secundaria completa, y el 25.7% con terciario/universitario completo (ver [Tabla 1](#)).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

Se confeccionó un cuestionario sociodemográfico *ad hoc* en el cual se indagó la edad, género, estado civil, lugar de residencia, máximo nivel educativo alcanzado y diagnóstico referido por el paciente. El diagnóstico fue realizado por un médico gastroenterólogo especializado en TGF.

Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI; [Mezzich et al., 2011](#))

El instrumento se construyó con el objetivo de evaluar la calidad de vida de forma breve, multicultural y multidimensional. Es un instrumento de 10 ítems, autoadministrado, en el que cada ítem puntúa de 1 a 10. Los diez dominios incluyen: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, satisfacción personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global. El instrumento original presenta un alfa de Cronbach de .94, fue adaptado y validado al contexto argentino por [Jatuff et al. \(2015\)](#), presentando un alfa de Cronbach de .85.

Procedimiento

El presente protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Clínicas “José de San Martín” y la Comisión de Conductas Responsables en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Los sujetos de estudio acudían a una consulta en consultorios externos del servicio de neurogastroenterología del Hospital de Clínicas. Al ser derivados por su médico gastroenterólogo a la interconsulta con psicología, fueron informados de forma oral y escrita acerca de los objetivos del presente estudio, así como también sobre la confidencialidad de los datos proporcionados y del carácter anónimo de su participación. Al completar el

Tabla 1.

Características de la muestra

	Grupo con TGF (N = 35)	Grupo control (N = 37)
Edad ($z = 320, p = .0042$)	48.23 ($DE = 14.49$)	37.23 ($DE = 11.27$)
Sexo ($X^2 (1, N = 72) = 1.60, p = .2052$)		
Mujer	77.1 % (N = 27)	75.7 % (N = 28)
Hombre	22.9 % (N = 8)	24.3 % (N = 9)
Nivel educativo ($p = .1277$, test exacto de Fisher)		
Primaria incompleta	5.7 % (N = 2)	0 % (N = 0)
Primaria completa	20 % (N = 7)	5.4 % (N = 2)
Secundaria completa	48.6 % (N = 17)	48.6 % (N = 18)
Terciario/Universitario completo	25.7 % (N = 9)	45.9 % (N = 17)

consentimiento informado, también se comunicó acerca de la voluntariedad de su participación y que, en caso de querer retirarse del presente estudio, podrían hacerlo.

Una vez los pacientes completaron el consentimiento informado, se solicitaron sus datos sociodemográficos y se les entregaron protocolos a completar por ellos mismos—se le brindó ayuda y orientación a una paciente con dificultades para la lectura de los cuestionarios, debido a que olvidó sus lentes de lectura—.

De manera adicional, se tomó una muestra control para comparar ambos grupos. Para esta, se consideró la situación de pandemia por COVID-19, y con motivo de no comprometer la movilidad ni el contacto de la población de este estudio, se adaptaron las evaluaciones a una modalidad virtual. La muestra control fue obtenida durante el periodo de agosto del 2020, a partir de un formulario de Google Forms, siendo no probabilística de acuerdo con el método “bola de nieve”.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos fueron realizados con el programa estadístico R. Se realizaron análisis descriptivos de las distintas dimensiones de calidad de vida en función de variables sociodemográficas de interés. Por otro lado, se realizó un test de medianas comparando el puntaje total de la escala MQLI en

personas con TGF y en personas sin TGF. También se compararon las subescalas del inventario mediante el test de Wilcoxon.

Para realizar los análisis estadísticos, en la variable *nivel educativo* se recodificaron con estudios primarios a aquellas personas que habían realizado algunos años de escuela primaria y aquellos que la habían terminado (25.7%). Los otros dos grupos se mantuvieron iguales.

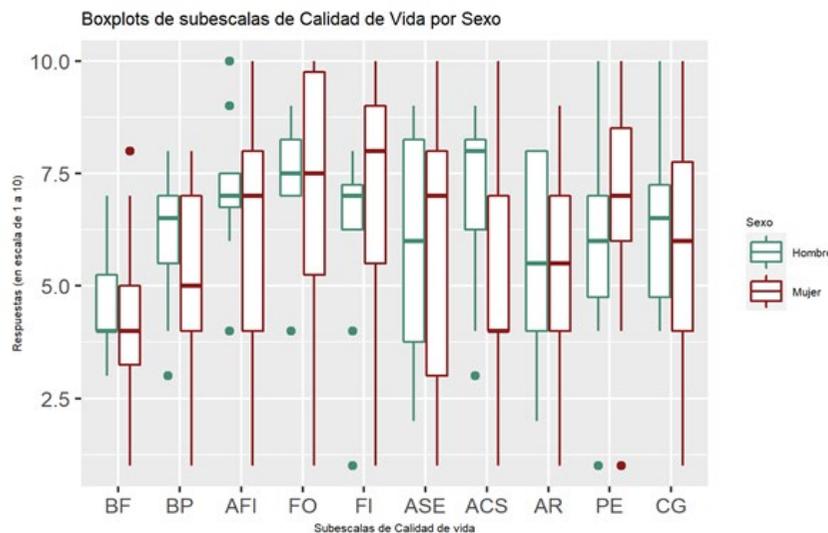
Resultados

Descriptivos de calidad de vida en pacientes con TGF

Se ha observado que los hombres puntuaron más alto en *apoyo comunitario* y *de servicios* (Mdn = 8; IQR = 2) y *funcionamiento ocupacional* (Mdn = 7.38; IQR = 1.25). Para el grupo de las mujeres, los puntajes más altos se encontraron en *funcionamiento interpersonal* (Mdn=7.31; IQR = 3.5) y *funcionamiento ocupacional* (Mdn = 7.12; IQR = 4.5). Se observa una gran diferencia dada por el factor sexo en las escalas de *apoyo comunitario* y *de servicios*. Los hombres presentan una mediana de 8 (IQR = 2), mientras que las mujeres presentan una mediana de 4 (IQR = 3) (véase Figura 1).

Figura 1.

Medianas de los puntajes de las dimensiones de calidad de vida de los pacientes con TGI según sexo



Nota. ACS = apoyo comunitario y de servicios; AFI = autocuidado y funcionamiento independiente; AR = satisfacción personal; ASE = apoyo social-emocional; BF = bienestar físico; BP = bienestar psicológico/emocional; CG = calidad de vida global; FI = funcionamiento interpersonal; FO = funcionamiento ocupacional; PE = satisfacción espiritual.

Los participantes con nivel educativo de escuela primaria puntuaron más alto en *funcionamiento interpersonal* (Mdn = 9; IQR = 4.25) y *satisfacción espiritual* (Mdn = 8; IQR = 3.25). Las personas con estudios secundarios puntuaron más alto en *autocuidado y funcionamiento interpersonal* (Mdn = 7; IQR = 5), *funcionamiento ocupacional* (Mdn = 7; IQR = 4) y *funcionamiento interpersonal* (Mdn = 7; IQR = 4). Las personas que finalizaron estudios de estructura mayor, puntuaron más alto en *funcionamiento ocupacional* (Mdn = 8; IQR = 2) y *funcionamiento interpersonal* (Mdn = 8; IQR = 2). Al analizar la [Figura 2](#) no se observan grandes diferencias en las distintas dimensiones de calidad de vida dadas por el nivel educativo.

Comparaciones de niveles de calidad de vida entre pacientes con TGF y grupo control

El grupo control estuvo conformado por 37 personas de población general: 75.7% mujeres, con una edad promedio de 37.23 ($DE = 11.27$), el 5.4% con primaria completa, el 48.6% con secundaria completa, y un 45.9% con terciario/universitario completo. No existían diferencias significativas entre los grupos en las variables sexo ($X^2(1, N = 72) = 1.60, p = .2052$) y nivel educativo ($p = .1277$, test exacto de Fisher). Sin embargo, se observó una diferencia en la variable edad ($z = 320, p = .0042$).

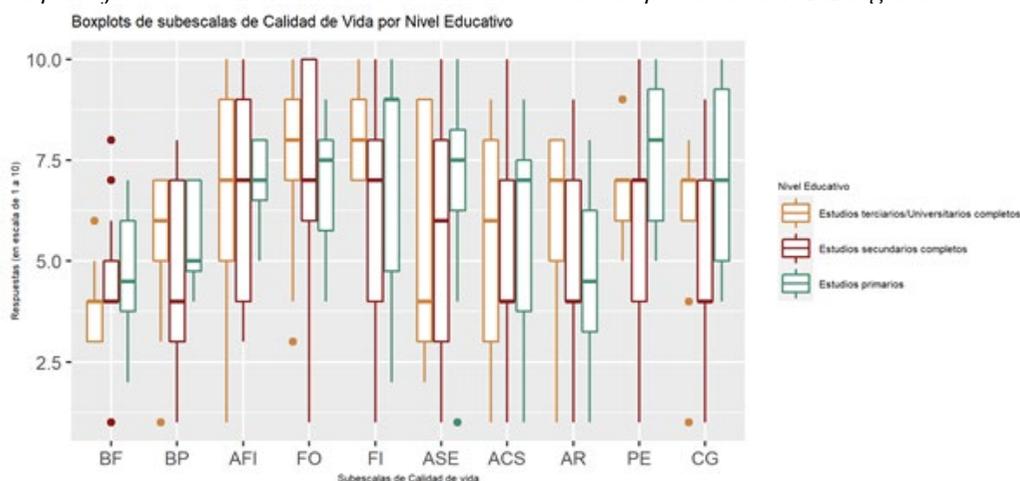
Al realizar un test de medianas para los puntajes brutos de la MQLI se encontraron diferencias significativas entre personas con TGF y sujetos control, $\chi^2(1, N = 70) = 30.23, p < .001$ (véase [Figura 3](#)). Al comparar los niveles de calidad de vida en las diferentes dimensiones de la escala, se encontraron diferencias significativas en *bienestar físico* ($w = 158, p < .001$), *bienestar psicológico* ($w = 154, p < .001$), *autocuidado y funcionamiento independiente* ($w = 364.5, p < .01$), *funcionamiento ocupacional* ($w = 345.5, p < .01$), *funcionamiento interpersonal* ($w = 361.5, p < .01$), *apoyo social emocional* ($w = 218, p < .001$), *apoyo comunitario y de servicios* ($w = 364, p < .01$), *satisfacción personal* ($w = 240.5, p < .001$) y *calidad de vida global* ($w = 300, p < .001$).

Discusión

De acuerdo con los resultados del presente estudio —y tal como se ha observado en investigaciones previas ([Gralnek et al., 2000](#); [Mönnikes, 2011](#); [Sánchez-Cuén et al., 2017](#); [Weaver et al., 2018](#))—, los individuos que presentan algún TGF parecen tener una peor percepción de calidad de vida global que la población general. Esta diferencia en la percepción de la calidad de vida entre el

Figura 2.

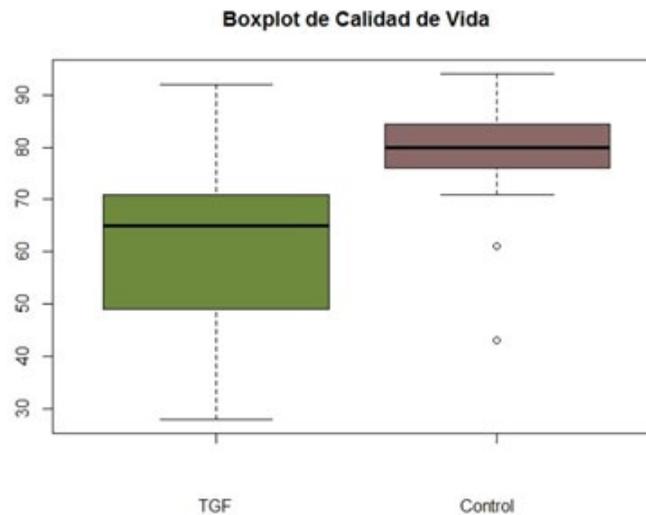
Medianas de los puntajes de las dimensiones de calidad de vida de los pacientes con TGI según nivel educativo



Nota. ACS = apoyo comunitario y de servicios; AFI = autocuidado y funcionamiento independiente; AR = satisfacción personal; ASE = apoyo social-emocional; BF = bienestar físico; BP = bienestar psicológico/emocional; CG = calidad de vida global; FI = funcionamiento interpersonal; FO = funcionamiento ocupacional; PE = satisfacción espiritual.

Figura 3.

Boxplots del puntaje total de la MQLI en personas con TGF y sujetos control



grupo clínico (TGF) y grupo control fue observada en casi todas las subdimensiones de la escala de calidad de vida percibida (MQLI), exceptuando la subdimensión de nivel de *satisfacción espiritual*. Aun así, estas diferencias podrían estar relacionadas con el hecho de padecer una enfermedad, y no específicamente un TGF, por lo que se requiere en futuras líneas de investigación la comparación con un grupo de patología orgánica.

Dentro del grupo de personas con TGF, se halló una diferencia en la subescala de *apoyo comunitario y de servicios*, entre hombres y mujeres, lo cual significa que los hombres informan una mejor percepción del vecindario (como “seguro y bueno”) y una mayor “disponibilidad de recursos financieros, de información y de otros servicios” (Jatuff et al., 2015). La mejor percepción del vecindario, como bueno y seguro, opuesto a amenazante o peligroso, puede relacionarse con los elevados niveles de violencia de género existentes en Argentina (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2019). Con respecto a los recursos financieros, los datos pueden interpretarse en el contexto de la inequidad en la situación laboral entre hombres y mujeres en la región (Messina, 2017).

En cuanto a la subdimensión *bienestar físico*, se observa un mayor deterioro en el grupo con TGF, y no es de sorprender dada la importante sintomatología física que acarrearán estos cuadros. Junto al deterioro en el bienestar físico, se observa también un deterioro en el *bienestar*

psicológico en el grupo con TGF. Es coherente con este hallazgo, la elevada prevalencia de trastornos emocionales (de ansiedad y depresión), característica de la población con TGF y que podría explicar la diferencia entre ambos grupos (Whitehead et al., 2002). Los trastornos mentales y emocionales limitan la vida de las personas en una o más áreas de modo significativo (American Psychiatric Association [APA], 2013), y la elevada presencia de trastornos mentales en la población con TGF podría influir en la diferencia entre las personas con TGF y el grupo control también en las subdimensiones restantes, tales como el *autocuidado y funcionamiento independiente*, el *funcionamiento ocupacional*, el *funcionamiento interpersonal*, el *apoyo social emocional*, el *apoyo comunitario y de servicios*, la *satisfacción personal*, y en definitiva, la *calidad de vida global*. Dichos hallazgos concuerdan con investigaciones previas en las que las limitaciones en los roles —por ejemplo, laborales u ocupacionales— y la vitalidad de las personas con algún TGF, fueron marcadamente notables (Gralnek et al., 2000; Valdivia Guiteraz et al., 2010).

Existe evidencia acerca del vínculo entre enfermedades médicas y trastornos mentales, sobre todo en el campo de la depresión (Colomer et al., 2020; Crempien et al., 2017; Evans et al., 2005). En general, la presencia de comorbilidades entre ambas problemáticas suele asociarse a un peor pronóstico volviendo su presentación más compleja (Colomer et al., 2020). Al considerar la literatura respecto a los TGF y

su actual conceptualización biopsicosocial, los comprende como trastornos que, dadas sus características, tienden a cronificarse (Drossman, 2016), presentar otras comorbilidades médicas y psiquiátricas, y empeorar su pronóstico con el paso del tiempo, se supone que también se observarán cambios en la percepción sobre la calidad de vida asociada a la salud en estos individuos. Los hallazgos sobre la muestra local evaluada parecen corresponderse con este supuesto. Es relevante resaltar la importancia de las intervenciones psicológicas en el marco del abordaje multidisciplinario de estas problemáticas. Existe evidencia sobre ciertas intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, que pueden aportar mejoras significativas en algunos de los síntomas de varios TGF, el bienestar psicológico general y la calidad de vida (Palsson & Whitehead, 2013).

Hasta el momento, en Argentina no se han reportado datos acerca de la percepción de calidad de vida en población con TGF, por tal motivo, los hallazgos de esta investigación podrían contribuir a un mejor diseño de intervenciones contemplando variables biopsicosociales que tengan por objetivo una mejoría integral en la calidad de vida de las personas que padecen estos trastornos.

Si bien los hallazgos obtenidos en el presente estudio fueron significativos y coinciden con los resultados que se han obtenido en investigaciones previas, el mismo presenta diversas limitaciones. Por un lado, el tamaño de la muestra clínica obtenida no permite generalizar los resultados y se requiere de futuros trabajos con mayor cantidad de participantes en muestras representativas. A su vez, la falta de comparación con un grupo con patología orgánica no permite atribuir por completo estas diferencias halladas a los TGF. Por otro lado, el grupo control fue obtenido durante la pandemia de COVID-19 y el período de aislamiento social preventivo y obligatorio en Argentina, con lo cual, podría haber diferencias debidas al contexto que al momento de la evaluación se encuentran atravesando los individuos. Es decir, fuera de este contexto particular, la calidad de vida percibida de los participantes del grupo control podría diferir. Finalmente, es importante mencionar que se ha utilizado en este estudio un instrumento para la medición de la calidad de vida percibida, que ha sido validado en nuestro contexto local (*Índice Multicultural de Calidad de Vida*, MQLI; Jatuff et al., 2015) demostrando ser confiable; sin embargo, suelen utilizarse con mayor frecuencia otras

escalas como la SF-36 (Vilagut et al., 2005), la cual no está validada en nuestra población, con lo cual, las diferencias en el instrumento limitan la generalización y comparación de los resultados.

Para futuras investigaciones se prevé estudiar la relación entre la presencia de trastornos mentales en los pacientes con TGF y la calidad de vida percibida. Sería relevante estudiar la relación entre los TGF y los trastornos emocionales, dada su alta comorbilidad. Conocer la interacción entre ambas variables permite plantear intervenciones que tomen como foco los procesos que mantienen las patologías.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Black, C. J., Drossman, D. A., Talley, N. J., Ruddy, J., & Ford, A. C. (2020). Functional gastrointestinal disorders: Advances in understanding and management. *The Lancet (London, England)*, 396(10263), 1664-1674. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32115-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32115-2)
- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Tobón, S., & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 511-520. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a07.pdf>
- Cañón, M., Ruiz, A. J., Rondón, M., & Alvarado, J. (2017). Prevalence of irritable bowel syndrome and health-related quality of life in adults aged 18 to 30 years in a Colombian University: An electronic survey. *Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 30(1), 67-75. <https://doi.org/10.20524/aog.2016.0093>
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2019). *Registro Nacional de femicidios en la justicia argentina*. Corte Suprema de Justicia de la Nación. <https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/docs/informefemicidios2019.pdf>

- Colomer, L., Anmella, G., Grande, I., & Vieta, E. (2020). Trastornos afectivos y salud física, implicaciones de la comorbilidad con enfermedades médicas: una revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.002>
- Crempien, C., De la Parra, G., Grez, M., Valdés, C., López, M. J., & Krause, M. (2017). Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(1), 26-35. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100004>
- Cruz, M. A., Ortiz, H., Muñiz, D., & Padiema, J. (2007). Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Revista de Gastroenterología de México*, 72(1), 29-33. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18021>
- Drossman, D. A., Creed, F. H., Olden, K. W., Svedlund, J., Toner, B. B., & Whitehead, W. (1999). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45(2), II25-II30. <http://dx.doi.org/10.1136/gut.45.2008.ii25>
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome iv. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R. R., Nemeroff, C., Bremner, J. D., Carney, R. M., Coyne, J. C., Delong, M. R., Frasure-Smith, N., Glassman, A. H., Gold, P. W., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R. L., Kanner, A. M., ... & Valvo, W. J. (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58(3), 175-189. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.001>
- Fernández, H., Sandín, B., Vinaccia, S., Tamayo, R. E., Tobón, S., Amador, O., Vásquez, A., & Contreras, F. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23(2), 65-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1998505>
- González, M. (2021). El rol del psicogastroenterólogo en los equipos de salud. *Psicología y Salud*, 31(1), 123-129. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2682/4555>
- Gralnek, I. M., Hays, R. D., Kilbourne, A., Naliboff, B., & Mayer, E. A. (2000). The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*, 119(3), 654-660. <https://doi.org/10.1053/gast.2000.16484>
- Haug, T. T., Svebak, S., Wilhelmsen, I., Berstad, A., & Ursin, H. (1994). Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(4), 281-291. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90033-7](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90033-7)
- Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2002). Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population?. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 37(3), 294-298. <https://doi.org/10.1080/003655202317284192>
- Hungin, A. P. S., Whorwell, P. J., Tack, J., & Mearin, F. (2003). The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: An international survey of 40 000 subjects. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 17(5), 643-650. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2003.01456.x>
- Jang, S. H., Ryu, H. S., Choi, S. C., & Lee, S. Y. (2016). Psychological factors influence the overlap syndrome in functional gastrointestinal disorders and their effect on quality of life among firefighters in South Korea. *Journal of Digestive Diseases*, 17(4), 236-243. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12330>
- Jatuff, D., Zapata-Vega, M. I., Montenegro, R., & Mezzich, J. E. (2015). El índice multicultural de calidad de vida en Argentina: un estudio de validación. *Actas Españolas de*

- Psiquiatría*, 35(4), 253-258. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/4774>
- Jia, L., Jiang, S. M., & Liu, J. (2017). Behavioral gastroenterology: An emerging system and new frontier of action. *World Journal of Gastroenterology*, 23(33), 6059-6064. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i33.6059>
- Karakan, T., Ozkul, C., Küpeli Akkol, E., Bilici, S., Sobarzo-Sánchez, E., & Capasso, R. (2021). Gut-brain-microbiota axis: Antibiotics and functional gastrointestinal disorders. *Nutrients*, 13(2), Article 389. <https://doi.org/10.3390/nu13020389>
- Koloski, N., Holtmann, G., & Talley, N. J. (2020). Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders?. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14(11), 1047-1059. <https://doi.org/10.1080/17474124.2020.1801414>
- Lackner, J. M. (2014). The role of psychosocial factors in functional gastrointestinal disorders. En E. M. M. Quigley, M. Hongo & S. Fukudo (Eds), *Functional and GI Motility Disorders* (Vol. 33., pp. 104-116). Karger Publishers. <https://doi.org/10.1159/isbn.978-3-318-02579-8>
- Mahadeva, S., & Goh, K. L. (2006). Epidemiology of functional dyspepsia: A global perspective. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 12(17), 2661-2666. <http://doi.org/10.3748/wjg.v12.i17.2661>
- Marrie, R. A., Leung, S., Tyry, T., Cutter, G. R., Fox, R., & Salter, A. (2019). Functional gastrointestinal disorders negatively affect health-related quality of life in ms. *Neurology. Clinical Practice*, 9(5), 381-390. <https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000668>
- Martin, R., Barron, J. J., & Zacker, C. (2001). Irritable bowel syndrome: Toward a cost-effective management approach. *The American Journal of Managed Care*, 7, Article S268-S275. https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/1094618db97bff1b1da5a17772496acac8c01cec.pdf/A01_127_2001julMartin268_75.pdf
- Messina, G. M. (2017). Trabajo, uso del tiempo y Estado de bienestar: desigualdades de género en la Argentina. *Revista Lavboratorio*, 27, 9-33. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/lavboratorio/article/view/1644/1963>
- Mezzich, J. E., Cohen, N. L., Ruiperez, M. A., Banzato, C. E., & Zapata-Vega, M. I. (2011). The multicultural quality of life index: Presentation and validation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 357-364. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01609.x>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Mönnikes, H. (2011). Quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 45, Article S98-S101. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e31821fbf44>
- Mukhtar, K., Nawaz, H., & Abid, S. (2019). Functional gastrointestinal disorders and gut-brain axis: What does the future hold?. *World Journal of Gastroenterology*, 25(5), 552-566. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i5.552>
- Palsson, O. S., & Whitehead, W. E. (2013). Psychological treatments in functional gastrointestinal disorders: A primer for the gastroenterologist. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(3), 208-216. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.10.031>
- Ruiz-López, M. C., & Coss-Adame, E. (2015). Calidad de vida en pacientes con diferentes subtipos de estreñimiento de acuerdo a los criterios de ROMA III. *Revista de Gastroenterología de México*, 80(1), 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2015.01.003>
- Sánchez-Cuén, J. A., Irineo-Cabrales, A. B., Bernal-Magana, G., & De Jesús Peraza-Garay, F. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con síndrome de intestino irritable en un hospital de especialidades de México: estudio transversal. *Revista Española*

- de Enfermedades Digestivas (REED)*, 109(4), 265-273. <https://doi.org/10.17235/reed.2017.4545/2016>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J., Whitehead, W. W., Dumitrascu, D. L., Fang, X., Fukudo, S., Kellow, J., Okeke, E., Quigley, E. M. M., Schmulson, M., Whorwell, P., Archanpong, T., Adibi, P., Andresen, V., ... & Palsson, O. S. (2021). Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study. *Gastroenterology*, 160(1), 99-114. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
- Tobón, S., Vinaccia, S., & Sandín, B. (2003). Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico. *Terapia Psicológica*, 21(2), 173-182. <https://psycnet.apa.org/record/2004-12498-008>
- Valdivia Guiteraz, J. H., Chana, T., & Del Barco, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con trastornos funcionales intestinales. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 26-31. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v16n1/v16n1_a05.pdf
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Villalobos Jiménez, M., Merenstein Hoffman, Y., Rodríguez Palma, F., Castro Durán, C., & Camacho Morales, R. (2020). Revisión de tema: papel de la actividad física en el manejo no farmacológico del síndrome de intestino irritable. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(3), 36-41. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i3.132>
- Weaver, K. R., Melkus, G. D. E., Fletcher, J., & Henderson, W. A. (2018). Perceived stress, its physiological correlates, and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Biological Research for Nursing*, 20(3), 312-320. <https://doi.org/10.1177/1099800418756733>
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology*, 122(4), 1140-1156. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32392>